

Année 1925

THESE

311

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

présenté par

M. Ernest VERNY

Externe des Hôpitaux,

né à Orange (Vaucluse), le 8 août 1897

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU
TRAITEMENT AMBULATOIRE
DES
ULCÈRES VARIQUEUX

présidée par M. le Professeur A. Gilbert

Librairie Médicale et Scientifique

Marcel VIGNE, éditeur

11 et 13, Rue de l'Ecole-de-Médecine
PARIS (VI°)

117

311

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

116

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THESE

N°

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

présenté par

M. Ernest VERNY

Externe des Hôpitaux,

né à Orange (Vaucluse), le 8 août 1897

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU
TRAITEMENT AMBULATOIRE
DES
ULCÈRES VARIQUEUX

présidée par M. le Professeur A. Gilbert

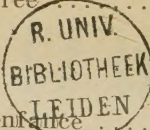
Librairie Médicale et Scientifique
Marcel VIGNE, éditeur
11 et 13, Rue de l'Ecole-de-Médecine
PARIS (VI°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CHAUFFARD.
Clinique des maladies des enfants	ACHARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	WIDAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MARFAN.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale	JEANSELME.
Clinique ophtalmologique	GULLAIN.
Clinique urologique	TEISSIER.
Clinique d'accouchements	DELBET.
Clinique gynécologique	HARTMANN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEJARS.
Clinique thérapeutique médicale	GOSSET.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DE LAPERSONNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEGUEU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	BROCA Auguste.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
	DUVAL.
	SERGENT.



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LERI	Clinique médicale.
LÉPER	Clinique médicale.
OMBREDANNE	Clinique médicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
TERRIEN	Clinique ophtalmologi

. — CHARGES DE COURS

MAUCLA RE, agrégé ..	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY ..	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDoux EBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

M. LE DOCTEUR ARROU

M. LE DOCTEUR FLORAND

M. LE DOCTEUR RIBIERRE

M. LE DOCTEUR RIEFEL

M. LE DOCTEUR CATHALA

M. LE DOCTEUR GUINON

M. LE DOCTEUR ENRIQUEZ

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

M. LE DOCTEUR HOUDARD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. GILBERT

Professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur



INTRODUCTION

Le nombre considérable de malades qui se présentent aux consultations de chirurgie de nos hôpitaux porteurs d'ulcères variqueux pose un problème thérapeutique et social difficile à résoudre. Que faire de ces sujets souvent encore vigoureux, mais que l'état de leurs membres inférieurs rend de véritables infirmes et dont le traitement selon les méthodes habituelles demande un repos prolongé avec des pansements plus ou moins répétés ? Les admettre à l'hôpital ? Là, en effet, sous l'influence des pansements aseptiques et du repos rendu obligatoire, l'état du membre s'améliorera et l'ulcère cicatrisera peu à peu. Mais la cicatrisation demandera, pour être complète, des semaines, et parfois des mois, la cicatrice sera extrêmement fragile et il sera fréquent de voir l'ulcère récidiver dès que le malade reprendra son travail. La récidive sera d'ailleurs d'autant plus fréquente, que souvent favorablement envisagée par le malade qui s'est habitué au séjour à l'hôpital et connaît les services que peut lui rendre son mal. Le traitement à l'hôpital ne peut donc être que l'exception; il doit être ré-

servé à quelques malades particulièrement atteints, car s'il fallait hospitaliser tous les porteurs d'ulcères variqueux, les services hospitaliers seraient rapidement encombrés et bientôt insuffisants.

Force est donc de soigner la plupart de ces malades à la consultation externe. Mais que de difficultés si on voulait les y traiter par la méthode classique. Le conseil que nous devrions leur donner de se reposer d'une façon plus ou moins absolue ne saurait être suivi par ces malades, qui appartiennent le plus souvent à la classe la plus misérable et qui ont besoin de gagner leur subsistance et celle de leur famille. Il est même difficile d'obtenir d'eux qu'ils viennent se faire panser avec régularité, et lorsque le pansement tombe et est refait par le malade lui-même, c'est le plus souvent avec une telle malpropreté que l'on serait étonné de ne pas voir l'ulcère se creuser et s'étendre de plus en plus.

Aussi les praticiens ont-ils, depuis longtemps, cherché un mode de traitement de l'ulcère variqueux qui réponde aux conditions suivantes :

1° Etre un traitement ambulatoire permettant au malade de continuer à vaquer à ses occupations.

2° Consister en des pansements faciles à appliquer, peu fréquents, solides, et auxquels le malade n'a pas à toucher.

3°. Amener une disparition rapide de l'ulcère avec une cicatrice aussi solide et aussi résistante que possible.

Des divers traitements répondant à ces desiderata, nous étudierons principalement celui que nous avons vu employer à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de Monsieur le Docteur Houdard, que nous remercions de tout cœur pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner et les conseils qu'il nous a donné : c'est le traitement ambulatoire par la botte élastique à la colle de zinc. Cette méthode, introduite en 1922 à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu par Monsieur le Docteur Ockinczyk, nous a donné des résultats remarquables. Bien appliquée et bien conduite, elle amène très rapidement la cicatrisation complète d'ulcères, même étendus, sans que le malade soit forcé d'interrompre ses occupations.

Sur le conseil de Monsieur le Docteur Houdard, nous nous sommes efforcés de rechercher si les guérisons se maintenaient et si la cicatrice avait ou non la fragilité et l'instabilité de celle obtenue par les anciennes méthodes.

Pour cela, nous avons essayé de retrouver un certain nombre de malades soignés autrefois à la consultation par la méthode de la botte élastique et considérés comme guéris. Nous nous sommes mal-

heureusement heurtés à des difficultés considérables et nous n'avons pu réunir que quatorze observations, tel était grand, parmi ces malades, le nombre de gens sans domicile fixe ou d'habitants d'hôtels meublés changeant fréquemment de domicile.

Nous allons donc, après une énumération très rapide des diverses méthodes employées dans le traitement des ulcères variqueux en insistant particulièrement sur le traitement ambulatoire, décrire, dans tous ses détails, la technique employée à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu. Enfin, après avoir fait connaître les résultats que cette méthode nous a donnés, en insistant plus particulièrement sur les résultats éloignés, nous rechercherons les raisons qui permettent d'expliquer la fréquence et la persistance des guérisons obtenues.

CHAPITRE I

LES DIVERS TRAITEMENTS DE L'ULCERE VARIQUEUX

Trois sortes de traitements peuvent être employées dans la cure de l'ulcère variqueux :

1° Le traitement médical classique par le repos, la compression et les topiques locaux.

2° Les interventions chirurgicales et de petite chirurgie.

3° Le traitement ambulatoire.

Ces trois sortes de traitement ont chacune leurs indications respectives, et pour choisir celle qui convient à chaque cas particulier, il faut tenir compte de l'étendue de l'ulcération et de son degré d'infection, de l'état de l'épiderme avoisinant, du volume des varices, de l'état général du sujet, de son âge, de sa profession.

D'ailleurs, même dans les cas où l'intervention chirurgicale est pratiquée, le traitement par la botte

élastique reste un précieux adjuvant, puisqu'il permet de laisser le malade quitter l'hôpital dès la cicatrisation de l'incision opératoire sans attendre la fermeture complète de l'ulcère si celle-ci tarde à survenir.

I. — Traitement classique.

Le traitement classique de l'ulcère variqueux consiste essentiellement en repos au lit, le membre allongé et légèrement surélevé par un coussin, repos plus ou moins sévère suivant l'étendue et la profondeur de l'ulcération.

Si l'ulcère est enflammé et suppure, on y adjoindra les pansements humides aseptiques ou légèrement antiseptiques. Tous les antiseptiques ont été tour à tour préconisés. Nous citerons seulement parmi les plus employés la liqueur de Labarraque, la liqueur de Van Swieten, l'eau alcoolisée, l'eau oxygénée, l'eau d'Alibour, les solutions étendues de sulfate de cuivre, de permanganate de potasse et d'hypochlorite de soude de Dakin-Carrel.

Lorsque l'inflammation a diminué et que l'on se trouve en présence d'un ulcère atone avec peu de tendance à la cicatrisation, tous les topiques locaux ont été successivement recommandés, et il nous faudrait plusieurs pages rien que pour les énumérer. Nous ne pouvons que citer, parmi les plus employés, des pommades (pommade de Reclus, pâte de Las-

sar, pommade au styrax, pommade de Hardy, pommade à l'oxyde de zinc, au calomel, à l'oxyde jaune de mercure), des poudres (sous-carbonate de fer, poudre de charbon, sous-nitrate de Bismuth, iodoforme, dermatol, aristol, poudre de Lucas-Championnière), des liquides (solution de nitrate d'argent, baivre du Pérou, coaltar, sulfure de carbone).

Le nombre et la diversité des médicaments préconisés est une preuve que le topique idéal est encore à trouver. Pratiquement, il importe surtout de savoir que dans le traitement de l'ulcère variqueux, comme d'ailleurs dans celui de toutes les plaies atones, le produit employé doit être souvent changé et que les pansements doivent être rares. « On ne doit pas déshabiller trop souvent les ulcères de jambe » disait déjà Ambroise Paré.

Mais le traitement classique n'amène la cicatrisation dans les ulcères un peu étendus qu'après au moins deux mois de repos absolu, et la fragilité de la cicatrice obtenue est telle que le malade doit rester encore pendant environ trois mois au repos relatif avec compression de la cicatrice au moyen d'ouate et d'une bande roulée. Avant que la cicatrice soit solide et que le malade puisse marcher librement, il faut, selon Despres, au moins six mois de traitement.

Cette méthode a-t-elle encore à l'heure actuelle des indications? Oui, ainsi que nous le verrons, au début du traitement, alors que l'ulcère est plus ou moins infecté et suppurant. Il est alors indispensable d'appliquer des pansements humides et de laisser le malade au repos pendant quelques jours. Mais dès que la suppuration est terminée, la méthode ambulatoire doit lui être préférée.

Quant aux traitements par l'électricité, les boues radio-actives, l'air chaud, l'héliothérapie, les étincelles de haute fréquence, ils sont encore à l'étude et ne semblent pas avoir donné les résultats que l'on en espérait au début. Il est d'ailleurs possible de les adjoindre au traitement ambulatoire en y ayant recours lors de la réfection du pansement et même pour certains à travers le pansement.

II. — Traitement chirurgical et de petite chirurgie.

Pratiqué déjà dans l'antiquité, puisqu'au siècle d'Auguste on enlevait ulcères et varices, mais voué alors aux complications septico-pyohémiques, le traitement chirurgical de l'ulcère variqueux n'est entré dans la pratique courante qu'à la fin du siècle dernier.

Des nombreuses méthodes qui furent tour à tour employées, le plus grand nombre est, à l'heure ac-

tuelle, tombé dans l'oubli, et les chirurgiens ne pratiquent guère aujourd'hui que la résection des varices par la saphénectomie totale ou partielle, l'anastomose saphéno-fémorale selon la technique de M. Delbet et l'incision circulaire de Moreschi, simple ou accompagnée d'une sympathectomie peri-artérielle et de résection nerveuses. Nous ne parlerons pas de l'amputation, qui ne doit être pratiquée que dans des cas absolument exceptionnels, et seulement lorsque le malade, porteur de vastes ulcères inguérissables avec lésions profondes de tous les tissus, la réclame avec insistance.

A) La résection aussi complète que possible du tronc et des branches de la saphène et surtout de la veine malade sur laquelle l'ulcère s'est constituée, a donné entre les mains de M. Alglave des résultats remarquables. Tous les ulcères qu'il a ainsi traités ont rapidement cicatrisé, certains en moins de trois semaines. La guérison obtenue est stable, puisque sur les dix-sept sujets revus (sur 31 opérés), il a noté 15 guérisons (dont une se maintenant depuis 8 ans) et seulement 2 récidives.

B) L'anastomose saphéno-femorale, préconisée par M. Delbet, a donné à cet auteur des résultats fort variables, parfois excellents, d'autres fois médiocres. Si M. Delbet a pu, dans certains cas, obtenir la cicatrisation rapide et complète d'ulcères invé-

térés presque circulaires sur une jambe qui était dans un état lamentable, s'il a observé la cicatrisation d'un ulcère en trois jours, dans d'autres cas les résultats ont été presque nuls. Sur 12 sūjets opérés et revus, 6 seulement avaient une guérison stable après un intervalle de temps allant de deux à cinq ans.

Mais, quelque intéressantes que soient ces méthodes, elles ne sauraient cependant entrer dans la pratique courante, parce que ce sont des interventions extrêmement délicates, d'une technique minutieuse, et qui ne peuvent être entreprises que par un chirurgien particulièrement exercé et presque spécialisé. De plus, leurs indications sont restreintes. Si le traitement chirurgical peut donner des guérisons rapides et stables lorsqu'il s'adresse à des ulcères récents chez des malades en excellent état général, à varices superficielles bien visibles, le résultat est trop douteux dans les cas d'ulcères invétérés avec œdème éléphantiasique, poussées lymphangitiques répétées ayant laissé après elles une infiltration du tissu circulaire, eczéma variqueux étendu et troubles trophiques, lorsque tous les plans sont atteints: muscles, nerfs, artères, os même, pour qu'un chirurgien puisse exposer le malade à ses dangers. De plus, ces interventions nécessitent l'anesthésie générale ou rachidienne, et cette seule considération doit faire hésiter pour la

plupart de nos malades qui sont d'un âge le plus souvent avancé et dans un état de profonde misère physiologique, avec fréquemment des lésions hépatiques et rénales.

C) *L'opération, dite de Moreschi*, incision circulaire jusqu'à l'aponérose superficielle, est d'une technique plus simple et à la portée de tous les praticiens. Elle donne parfois d'excellents résultats qu'il faut attribuer, semble-t-il, à la sympathectomie ainsi obtenue et non à la section veineuse, les veines se reformant dans la cicatrice, ainsi que l'a montré M. Delbet. Aussi, actuellement, lui adjoint-on le plus souvent une sympathectomie périfémorale et des résections nerveuses (nerf musculo-cutané, branches du nerf saphène interne).

D) A ces méthodes chirurgicales sont venues, depuis quelques années, s'adjoindre la méthode des *injections phlébo-sclérosantes*, méthode d'ailleurs ancienne, mais tombée dans l'oubli à la suite des nombreux accidents qu'elle avait entraînés autrefois, alors que les précautions aseptiques étaient inconnues. Nous n'insisterons pas sur la technique de ces injections et sur les divers produits préconisés, questions qui ont fait l'objet de nombreux travaux, et nous n'envisagerons que les résultats obtenus. Ceux-ci sont extrêmement inconstants; si parfois on observe la cicatrisation rapide d'un vieil ulcère

étendu et atone, d'autres fois, au contraire, les injections n'empêchent pas les varices d'évoluer et ne mettent pas à l'abri de l'apparition d'ulcères. Cependant, cette méthode donne souvent des résultats remarquables en un temps très court, surtout dans les ulcères qui ne sont pas de trop vieille date ni trop étendus. Elle a, de plus, de sérieux avantages : c'est une méthode ambulatoire et sans danger moyennant certaines précautions élémentaires.

Mais quelque intéressante que soit cette méthode, elle n'a, en fait, que des indications restreintes. Elle est contre-indiquée en effet dans tous ces cas, qui sont l'immense majorité où il existe des lésions de phlébite ancienne avec placards d'induration veineuse ou péri-veineuse, où les varices, très superficielles, sont fines, diffuses, abondantes, téléangiectasiques, où le tégument lardacé, pigmenté, recouvre un membre œdématié. C'est dans ces derniers cas qu'est particulièrement indiqué le traitement ambulatoire, qui doit toujours être préféré au traitement classique.

III. — Traitement ambulatoire.

Le traitement ambulatoire des ulcères variqueux semble avoir été préconisé pour la première fois en Angleterre, en 1787, par Underwood, qui mettait un bas lacé par-dessus des onguents divers, mais

c'est surtout Baynton, dont le pansement au moyen de bandelettes de diachylon imbriqués est resté célèbre, qui, en 1797, répandit son usage. Mais les résultats obtenus étaient tellement médiocres qu'il fut progressivement abandonné. Si Duplay recommandait encore en 1900 le pansement de Baynton, il l'associait au repos et ne laissait le malade se lever et marcher que lorsque la cicatrisation était suffisamment avancée. « Pour abréger le temps de la cicatrisation, le repos dans la position étendue est encore préférable », disait-il, à la suite de Desprès qui « ne considérait pas le pansement de Baynton comme un pansement ambulatoire ». La méthode de Martin (du Massachusset) par la compression au moyen d'une bande de caoutchouc, les appareils plâtrés, dextrines ou silicatés défendus par Velpeau, étaient également oubliés, lorsque Unna, de Hambourg, proposa en 1882, de traiter les ulcères variqueux par le pansement à la colle de zinc qu'il appliquait déjà à diverses dermatoses. Après un nettoyage et un savonnage minutieux de la jambe, un dégraissage avec une solution de potasse étendue, il badigeonnait le membre autour de l'ulcère avec une colle composée suivant la formule suivante :

Oxyde de zinc	20 gr.
Gélatine pure	40 gr.
Glycérine	30 gr.
Eau distillée	80 gr.

colle fondue au bain-marie et appliquée au pinceau après saupoudrage de l'ulcère avec de la poudre d'iodoforme. Cette colle était maintenue en place au moyen d'un pansement roulé compressif fait avec des bandes de tarlatane.

Cette méthode, qui reste la base de celle que nous employons, avait, quels que soient ses avantages sur les modes de traitement antérieurs, des inconvénients dont le principal était le manque de solidité d'un tel pansement qui ne tardait pas à se relâcher sous l'effet de la marche et devait être fréquemment renouvelé. Aussi les praticiens devaient-ils être amenés à se demander si, par une imprégnation plus intime des bandes, il ne serait pas possible d'obtenir un pansement stable, solide et exerçant une compression élastique toujours égale.

Nous trouvons la première description de cette méthode, dite de la botte élastique, dans la thèse inaugurale du Docteur Maury (1902), qui décrit la technique employée depuis plusieurs années dans les hôpitaux du Havre par Monsieur le Docteur Leroy. Cet auteur se servait d'une colle différente de celle de Unna par la proportion des produits employés et dont la formule était :

Oxyde de zinc	20 gr.
Gélatine blanche surfine	25 gr.
Glycérine	50 gr.
Eau distillée	90 gr.

Après un bon savonnage de la jambe et un nettoyage de l'ulcère, on trempe les bandes dans la préparation, maintenue au bain-marie à consistance semi-liquide, puis, après les avoir exprimées, on les applique autour du membre depuis la racine des orteils jusqu'au dessous du genou par des circulaires médiocrement serrées. On obtient ainsi un pansement sec, très souple, d'un demi-centimètre d'épaisseur environ, comprimant d'une façon régulière tout le membre, n'occasionnant aucune douleur, permettant la marche, pouvant rester huit jours et plus en place sans se défaire et donnant d'excellents résultats, la cicatrisation survenant très rapidement dans un temps qui dépasse rarement deux mois.

Les auteurs qui ont traité depuis cette époque les ulcères variqueux par la méthode ambulatoire se sont tous directement inspirés de cette technique, en modifiant plus ou moins le produit employé.

Longin, Benech (1908), Vartanian (1910), se servent d'une colle dont la composition rappelle celle de la colle de Unna, Thomas, en Amérique, emploie une colle répondant à la formule suivante :

Oxyde de zinc	aa 20 gr.
Gélatine pure	

Glycérine	aa 40 gr.
Eau distillée	

Seul, Fresnel décrit dans sa thèse (1911), inspirée par le Docteur Bruandet, de Reims, une méthode de compression élastique tout à fait particulière au moyen de bandes métalliques ajourées et cintrées. Mais ce traitement demandait un appareillage si compliqué et les résultats étaient si longs à survenir, la guérison demandant cinq à huit mois de traitement, qu'il est, à l'heure actuelle, complètement abandonné.

Audibert et Fouquet, en 1919, ajoutent à la colle de Unna du silicate de potasse ou de l'amidon, selon la consistance qu'ils désirent obtenir. Ils emploient le plus souvent un produit ayant la composition suivante :

Gélatine	aa 10 gr.
Oxyde de zinc	
Amidon	
Eau distillée	aa 40 gr.
Glycérine	
Silicate de potasse .. 100 gr.	

Enfin, en 1921, Guillermet emploie à la consultation de chirurgie de Lariboisière la colle suivante :

Amidon	aa 20 gr.
Oxyde de zinc	
Gélatine pure	

Glycérine 60 gr.

Eau distillée 100 gr.

mais, comme les autres auteurs, sa technique dérive directement de celle de Leroy, décrite par Maury.

En résumé, depuis plus de 20 ans, et exception faite de la méthode du Docteur Bruandet, les auteurs qui ont préconisé le traitement ambulatoire des ulcères variqueux sont tous d'accord sur les principes suivants :

1° Employer des produits de formules variables, mais se rapprochant tous plus ou moins de la colle de Unna.

2° Imprégner de cette colle des bandes de tarlatane que l'on applique autour de la jambe à la façon des bandes plâtrées lorsque l'on veut obtenir un appareil plâtré circulaire.

CHAPITRE II

TECHNIQUE DE L'APPLICATION DE LA BOTTE ELASTIQUE

La technique que nous décrivons est celle qui est employée à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu depuis mars 1922.

Le matériel nécessaire à la confection de la botte élastique est simple. Il suffit en effet d'une cuvette en grès analogue à celle employée pour la confection des bouillies plâtrées, de gaze à pansement, de bandes de tarlatane et d'une bande de toile. On pourrait, d'ailleurs, faire le pansement en se servant uniquement de bandes de tarlatane, mais il est plus simple et plus économique d'y adjoindre une ou deux pièces de gaze à pansement ayant chacune cinq à six épaisseurs et une longueur suffisante pour recouvrir toute la jambe et en faire complètement le tour.

Le produit employé était, au début, la colle même de Unna, dont nous avons donné précédemment

la formule, mais l'appareil ainsi obtenu était trop résistant et trop peu élastique. Aussi employons-nous, à l'heure actuelle, une colle qui donne un appareil plus souple et dont la composition est la suivante :

Gélatine (1)	aa 20 gr.
Oxyde de zinc	
Eau distillée	aa 80 gr.
Glycérine	

On obtient ainsi un produit d'aspect gélatineux, tremblottant, blanchâtre, donnant au doigt une résistance élastique, qui, au bain-marie, se ramollit peu à peu jusqu'à la consistance de crème épaisse. Il doit être conservé dans une boîte en fer hermétiquement close, à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Nous avons vu que l'on ne doit appliquer une botte élastique que sur un ulcère peu enflammé et sans grande suppuration; aussi est-il le plus souvent nécessaire de faire, pendant quelques jours, un traitement préparatoire antiphlogistique au moyen de pansements humides et de nettoyages avec des solutions légèrement antiseptiques (eau oxygénée, alcool, Dakin). Ce n'est qu'après trois à quatre jours de ce traitement que l'on appliquera la botte élastique.

(1) La gélatine employée doit être extrêmement pure.

Pour cela, le malade sera assis, le pied reposant sur le sol ou sur un escabeau bas, et non couché, car alors, le membre augmentant de volume par afflux sanguin lors de la station debout, la compression de la jambe ainsi produite serait douloureuse et gênerait la marche. Le fond de l'ulcère et son pourtour seront soigneusement nettoyés à l'aide d'eau bouillie simple ou additionnée d'un antiseptique faible.

Les pièces de gaze stérilisées seront trempées dans la colle chauffée au bain-marie jusqu'à consistance liquide. Au bout de quelques minutes d'imprégnation, on retire les pièces de gaze, on les exprime et on en enveloppe complètement la jambe. On enroule ensuite par-dessus une bande de tarlatane par des circulaires modérément serrées, allant de la racine des orteils jusqu'au dessous du genou et on frotte la surface du pansement avec la paume de la main enduite de pâte, de façon à imprégner légèrement la bande de tarlatane; enfin on peut recouvrir le tout d'une bande de toile ordinaire.

Le malade ne commence à marcher qu'une fois le pansement sec, c'est-à-dire au bout d'environ une heure. Pendant ce temps, ils restera asis et maintiendra, autant que possible, son pied perpendiculaire à la jambe, en s'aidant d'une bande de toile disposée en étrier dont il saisira chacune des extrémités avec une de ses mains.

Quand la botte sera sèche, le malade marchera facilement avec des chaussures larges, à condition que l'on ait pris la précaution de ne pas faire autour du pied un pansement trop volumineux.

On obtient ainsi un pansement doué d'une certaine élasticité, comprimant légèrement le membre, pouvant rester en place plusieurs semaines sans se défaire, et toujours propre, la bande de toile recouvrant le pansement pouvant être changée par le malade autant de fois qu'il le désire.

La botte doit être renouvelée au bout d'un temps très variable, en se basant principalement sur le degré de suppuration de l'ulcère. Au début, il est le plus souvent nécessaire de refaire tous les quatre à six jours le pansement qui est complètement traversé, mais bientôt on peut le laisser en place deux à trois semaines. Enfin, lorsque les ulcérations sont cicatrisées, il est préférable d'appliquer une dernière botte élastique qui protégera la cicatrice et que le malade gardera le plus longtemps possible, certains de nos malades ayant continué à la porter pendant deux à trois mois après la fin du traitement.

L'ulcère guéri et cette dernière botte enlevée, le malade devra porter de bons bas à varices comprimant bien sa jambe ou des bandes de crêpe.

Contrairement à la plupart des auteurs, nous ne mettons jamais sur l'ulcère de poudres médicamen-

teuses; elles ont l'inconvénient de produire des croûtes et nous ont paru avoir une action plus nuisible qu'utile. Le seul traitement adjuvant consistera, en cas d'ulcères atones, en une cautérisation du fond de l'ulcère avec un crayon de nitrate d'argent en respectant soigneusement les pourtours et le liseré d'épidermisation.

La durée du traitement est extrêmement variable, ainsi que l'on peut s'en assurer par la lecture de nos observations. Elle dépend de l'étendue de l'ulcère, de son état plus ou moins atonique, mais aussi d'éléments qu'il est difficile d'apprécier, tels que l'état des nerfs et des vaisseaux profonds. Aussi est-il impossible, au début du traitement, de prévoir quelle sera sa durée. Si nous avons vu un large ulcère datant de plusieurs années disparaître en un mois avec deux pansements seulement (observation IX), nous avons vu, par contre, des ulcérations minimales demander pour se cicatriser trois à quatre mois et six à neuf pansements (observations II et VIII). La cicatrisation a même demandé un an et vingt-et-un pansements pour un ulcère étendu et profond datant de quatre ans sur un membre profondément altéré (observation XIV).

CHAPITRE .III

RESULTATS

Les résultats obtenus par l'emploi de la méthode ambulatoire sont remarquables, tant par la fréquence et la rapidité des guérisons que par la solidité des cicatrices. Ce sont ces deux sortes de résultats, immédiats et éloignés, que nous allons successivement envisager.

Résultats immédiats

L'application de la botte procure, le plus souvent, un soulagement considérable. Le malade cesse de souffrir au bout de quelques heures; au bout de quelques jours il peut marcher et reprendre ses occupations. D'un infirme qu'il était, il est redevenu un individu normal.

Mais ces avantages, quelque précieux qu'il soient, ne sont que peu de chose auprès de l'action directe de ce mode de pansement sur l'ulcère et des progrès de la cicatrisation qui sont vraiment surprenants.

Maury, en 1902, compte, sur les 10 malades dont il publie les observations 5 guérisons complètes, 2 guérisons presque complètes et 3 améliorations.

Charron, en 1917, publie la guérison en moins de trois mois d'un vieil ulcère datant de trente-deux ans, et dit n'avoir enregistré que des succès par l'emploi de cette méthode.

Guillermet, en 1921, a observé la guérison en un temps variable, de six semaines à trois mois, des 15 malades qu'il a traités; il compte huit à dix pansements hebdomadaires pour guérir un ulcère de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Audibert et Fouquet (1919), après une pratique de plusieurs années, se félicitent des résultats merveilleux et constants qu'ils ont obtenus. Parmi les 120 guérisons qu'ils invoquent, nous citerons comme particulièrement remarquable celle d'un ulcère datant de 10 ans et guéri en 31 jours, après six pansements.

M. Ockinczyc, à qui cette méthode a donné des «satisfactions imprévues et inaccoutumées», a communiqué à la Société de Chirurgie (21 mars 1923) les résultats personnels suivants: sur 86 malades traités à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu du 28 mars 1922 au 16 mars 1923, 30 ne sont pas revenus après le premier pansement, 36 sont actuellement en traitement, pour la plupart en voie

d'amélioration ou de guérison, 20 sont complètement guéris et ne sont pas revenus depuis leur guérison.

Depuis cette époque, les résultats obtenus à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu sont, année par année, les suivants :

ANNEE 1922

96 malades traités.
18 guérisons complètes.
50 continuent le traitement.
28 ne sont jamais revenus.

ANNEE 1923

81 malades traités.
12 guérisons complètes.
52 viennent toujours aux pansements
17 ne sont jamais revenus.

ANNEE 1924

100 malades traités.
25 guérisons complètes.
40 continuent le traitement.
35 ne sont jamais revenus.

Mais, en réalité, le nombre des guérisons est plus considérable que cette statistique ne le ferait supposer car, d'une part, parmi les malades disparus,

beaucoup étaient très améliorés lors de leur dernier pansement qu'ils ont enlevé eux-mêmes, en négligeant de venir nous faire constater la cicatrisation de leurs ulcères, et, d'autre part, parmi les malades qui continuent à venir se faire soigner, un grand nombre, presque complètement guéris, ne viennent plus qu'à intervalles éloignés.

La lecture de certaines de nos observations montre, en outre, la rapidité avec laquelle nous avons obtenu, dans certains cas, la cicatrisation d'ulcères longtemps rebelles aux traitements classiques. Nous avons vu disparaître en deux mois, et avec seulement trois pansements, un ulcère qui, traité depuis deux ans par le repos et les antiseptiques, n'avait pas cicatrisé (observation III).

Nous avons obtenu la guérison d'ulcères étendus datant de plusieurs années (observations VI et IX), de vingt ans même (observation IV).

Résultats éloignés

Reste à savoir quel est l'avenir de ces malades. C'est ce que nous avons plus spécialement recherché et ce qui fait principalement l'objet de nos observations. Avec le traitement médical classique, les résultats éloignés sont déplorables; la cicatrice obtenue est croûteuse, sèche et friable, facile à excorier, inextensible, constituée par une mince pel-

licule épidermique qui adhère aux plans sous-jacents et se détruit sous l'influence du moindre traumatisme. Avec le traitement par la botte élastique, au contraire, on obtient une cicatrice épaisse, souple, élastique, résistante.

Les qualités de la cicatrice expliquent la rareté des récidives observées. Alors qu'autrefois ces récidives étaient d'une fréquence désespérante et presque la règle absolue dans les ulcères un peu étendus, elles sont exceptionnelles avec ce nouveau mode de traitement, puisque sur les 14 malades traités en 1924 que nous avons pu rejoindre et examiner, nous avons constaté que 11 fois la guérison s'était maintenue complète et qu'il n'existait aucune tendance à l'ulcération. Des deux malades qui présentent à nouveau un ulcère, l'un (observation I) avait subi un traitement très court (quatre pansements seulement pour une ulcération de la largeur de la paume de la main) et était fortement suspect de syphilis (hémiplegie à 38 ans); la récidive a d'ailleurs rapidement cédé à la reprise du traitement; l'autre (observation VII) ne présentait pas une véritable récidive, puisque la nouvelle ulcération était située du côté opposé de la cheville; ce cas est à rapprocher de celui cité par Maury où la cicatrice de l'ulcère se maintenait intacte alors qu'exactement autour d'elle le tissu s'ulcérait.

Nous croyons que de tels résultats permettent de considérer le traitement ambulatoire des ulcères variqueux par la botte élastique à la colle de zinc comme bien supérieur au traitement classique qui n'aurait pas permis d'obtenir des guérisons aussi rapides et surtout aussi durables.

CHAPITRE IV

MODE D'ACTION DE LA BOTTE ELASTIQUE

Il nous reste à rechercher les raisons qu'il est possible d'invoquer pour expliquer la rapidité d'action de cette méthode et la solidité des cicatrices qu'elle permet d'obtenir.

Tout d'abord, nous attirerons l'attention sur ce fait que, de tous les pansements des ulcères variqueux, celui par la botte élastique est le plus solide. C'est le pansement occlusif parfait, qui met l'ulcère à l'abri des traumatismes, des souillures extérieures, des inoculations septiques et des mains du malade, empêchant les lésions de grattage qui jouent un rôle si important dans la production des récidives. C'est, de plus, le pansement rare par excellence, que l'on ne change que lorsqu'il est traversé par les sécrétions et qui, lorsqu'il n'y a pas de suppuration, peut rester trois semaines et même un mois sans être renouvelé.

Mais ce sont là des considérations secondaires, et plus important est le rôle :

1° Des propriétés mécaniques du pansement (perméabilité, élasticité).

2° De la marche.

3° Et plus accessoirement des divers produits qui entrent dans la composition de la colle de Unna.

1) La botte élastique est *perméable* et *absorbante*, ainsi que le montre la rapidité avec laquelle elle est traversée par les produits de sécrétion; elle tend donc à dessécher la surface de l'ulcère qui, au contraire, avec les pansements humides, baigne toujours dans les exsudats. Mais c'est l'*élasticité* qui est la propriété mécanique la plus importante. Cette élasticité modérée, qui ne gêne pas le malade, produit une *compression* parfaite, égale en tous les points de son application, qui rapproche les bords de l'ulcère et favorise la circulation profonde en empêchant l'afflux des liquides à la partie superficielle du membre. A ce point de vue, la botte élastique est bien supérieure au bas à varices, qui serre trop au début et pas assez plus tard, et à la bande de caoutchouc qui favorise la persistance des eczémas. Ce pansement, en fixant la peau sur les plans profonds, joue dans le rôle, ainsi que le font remarquer Audibert et Fouquet, d'une véritable aponévrose superficielle.

2) C'est surtout à l'action de la *marche* qu'il faut

attribuer la solidité des cicatrices obtenues par cette méthode. La marche produit en effet un massage continuel du tissu cellulaire imbibé de sérosité, une activation de la circulation et lutte contre la stagnation, cette grande cause des ulcères variqueux; elle doit donc être considérée non seulement comme une possibilité avantageuse au point de vue pratique, mais bien comme un adjuvant indispensable. Cette action heureuse de la marche est, d'ailleurs, une idée ancienne, puisque Boyer, en 1840, dans son Mémoire à l'Institut, en exposait ainsi les raisons : « Le but que se propose le chirurgien dans le traitement des ulcères de jambe est la formation d'une cicatrice assez solide pour résister aux tiraillements provoqués par les mouvements de la jambe. Or, quand on traite un malade en le laissant au lit, il se forme une cicatrice sur des parties immobiles; dès que le malade peut marcher, les plans sous-jacents, qui sont tous musculaires, impriment à cette cicatrice des tiraillements qui la rompent au bout de peu de temps. Quand, au contraire, je traite un malade en le faisant marcher, la cicatrice se forme sur des parties qui se meuvent pendant la formation, de sorte qu'elle n'est complète que lorsqu'elle peut résister aux mouvements imprimés. »

3° Il nous reste à examiner les propriétés des

différentes substances entrant dans la composition de la colle de zinc.

La *gélatine*, simple topique adhésif sans aucune affinité pour les tissus, a un rôle purement mécanique; c'est elle qui procure au pansement sa solidité et son élasticité.

La *glycérine* est un topique émollient qui relâche les tissus et comunique à la peau un certain degré de souplesse. Douée d'un pouvoir exosmotique considérable, elle attire les exsudats, ce qui explique l'aspect vif des plaies lorsqu'on enlève le pansement.

L'*oxyde de zinc* est un topique isolant, absorbant, sédatif, antiprurigineux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. H..., 54 ans, comptable en retraite, porteur de varices depuis une quinzaine d'années. En 1908, à 38 ans, hémiplégie gauche avec aphasie. Le malade se présente à la consultation, fin décembre 1923, porteur à chaque jambe, depuis environ six mois d'un vaste ulcère superficiel ayant les dimensions d'une paume de main. Il y a quelques varices superficielles, mais on ne sent pas de gros cordons variqueux. Après quelques pansements humides, on applique, le 24 décembre, deux bottes élastiques que l'on renouvelle les 11 janvier, 1^{er} février et 22 février. A cette date les deux ulcères sont complètement cicatrisés et on cesse le traitement.

En septembre 1924, le malade vient consulter pour une légère récédive de son ulcère de la jambe droite qu'une seule botte, appliquée le 23 septembre, suffit à faire cicatriser. La guérison est constatée le 11 octobre. On met cependant une deuxième botte que le malade garde quelques semaines et enlève lui-même.

Actuellement, le malade présente, sur les deux jambes, une large pigmentation brune de toute la moitié inférieure, entourant une cicatrice large, souple, dé-

pressible située sur la partie antero-interne de la jambe, sans aucune tendance à l'ulcération.

Le malade ne se plaint pas de ses membres inférieurs. Il est vrai qu'il marche peu du fait de la gêne produite par son ancienne hémiplégie.

OBSERVATION II

Mme Y..., 61 ans, marchande ambulante. Grosses varices externes bilatérales depuis longtemps.

En 1917, au niveau de la cheville gauche, poussée phlébitique guérie en quelques semaines.

En novembre 1923, à la suite d'une chute, apparaît dans la gouttière retro-malléolaire interne de la jambe gauche une petite ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Après deux pansements humides, on applique, le 20 novembre, une botte élastique qui est renouvelée le 8 décembre, le 31 décembre, le 17 janvier, le 2 février et le 22 février. A cette date, l'ulcère est complètement cicatrisé.

Actuellement, guérison complète. On ne constate qu'une petite zone pigmentée, non douloureuse, de deux centimètres de largeur sur quatre centimètres de longueur à la partie infero-interne de la jambe gauche. La malade a repris son travail et reste debout une grande partie de la journée.

OBSERVATION III

M. D..., 65 ans, marchand ambulant.

Présente depuis plus de trente ans de grosses varices bilatérales.

Sur la jambe droite, il y a six ans, à la suite d'une rupture variqueuse, petite ulcération traitée par le repos. Cette ulcération diminue quand le malade suit exactement le traitement, mais réapparaît et augmente de volume dès qu'il se remet à marcher.

Il y a trois ans, en 1921, il vient consulter avec une ulcération circulaire ayant environ cinq centimètres de diamètre. On le traite par des pansements à la solution de Dakin, renouvelés tous les 2-3 jours, en recommandant au malade de se reposer. Mais celui-ci, obligé de gagner sa vie, continue à travailler. Au bout d'un an et demi de ce traitement, l'ulcération, bien qu'ayant beaucoup diminué, persiste toujours. Le malade cesse alors tout traitement.

En février 1924, l'ulcération ayant repris ses dimensions primitives, le malade revient à la consultation. Quatre bottes élastiques sont appliquées les 21 février, 6 mars, 20 mars et 7 avril. Le 28 avril on constate la cicatrisation complète de l'ulcère et on cesse le traitement.

Il n'y a actuellement sur la jambe droite aucune tendance à la récurrence, bien que le malade reste debout une partie de la journée. On constate seulement sur la face antérieure une large cicatrice ayant envi-

ron dix centimètres de haut sur quinze centimètres de large, recouverte de squames superficielles, adhérente aux plans profonds, entourée d'un large placard eczémateux.

A la fin d'octobre 1924, à la suite d'un traumatisme, apparaît sur la jambe gauche une petite ulcération que le malade dédaigne. Mais, cette ulcération s'étendant, il vient consulter au milieu de janvier 1925, demandant à subir le traitement qui avait donné pour son autre jambe d'excellents résultats. Par suite de l'inflammation et de la suppuration abondante, on est obligé de mettre pendant cinq semaines des pansements humides et on n'applique la première botte élastique que le 21 février. L'ulcération a à cette date la dimension d'une pièce de cinq francs. Le pansement est refait le 28 février, puis le 21 mars.

L'amélioration est rapide et la cicatrisation sera vraisemblablement complète au bout d'un ou deux pansements.

OBSERVATION IV

Mme F..., 57 ans, corsetière.

Cette malade, qui n'a pas de varices apparentes, dit présenter à la jambe droite, depuis plus de vingt ans, un ulcère étendu, rebelle ayant nécessité par trois fois son hospitalisation. Traitée chaque fois par le repos et les pansements humides, l'ulcération a diminué, mais cette amélioration a été chaque fois fugace, et dès que la malade a quitté l'hôpital et s'est remise

à travailler, l'ulcère s'est étendu à nouveau. Elle se présente à la consultation le 22 mars 1924, avec une ulcération profonde, très douloureuse, située à la partie antérieure et interne de la jambe gauche, mais s'étendant jusqu'à la face dorsale du pied, longue de huit centimètres environ et large de quatre centimètres. Après deux jours de pansements humides, on applique le 22 mars une botte élastique que l'on refait les 2 avril, 14 avril et 25 avril. A cette date, l'ulcération a beaucoup diminué et la malade ne souffre plus lorsqu'elle marche. Nouvelle botte les 6 mai, 19 mai, 30 mai et 14 juin. Le 30 juin on cesse le traitement, la cicatrisation étant complète.

Actuellement, la malade reste debout toutes la journée sans que sa jambe la fasse souffrir. La cicatrice est lisse, dure, non douloureuse, sans tendance à l'ulcération, entourée d'un large placard d'eczéma vari-queux.

OBSERVATION V

M. L..., 69 ans, représentant de commerce.

Ce malade, porteur, depuis l'âge adulte, de volumineuses varices bilatérales, a présenté il y a environ trente ans une petite ulcération de la jambe droite, soignée par la méthode ambulatoire au moyen d'un appareil gardé trois mois (vraisemblablement appareil silicaté), qui a complètement disparu à la suite de ce traitement.

En mars 1924, il se plaint de troubles oculaires. Un oculiste consulté l'envoie à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Docteur Hudelo, où on lui fait une série de douze injections de novarsénobenzol. A la même époque des ulcérations apparaissent à la face inféro-interne des deux jambes. Le malade se présente à la consultation au début d'avril 1924, avec, sur la jambe droite, une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de un franc, entourée d'une large zone pigmentée et, sur la jambe gauche, une petite ulcération grande comme une pièce de cinquante centimes.

Deux pansements à la colle de zinc sont appliqués le 19 avril. A la jambe gauche, un seul pansement suffit pour obtenir la cicatrisation. A la jambe droite, les pansements sont renouvelés les 3 mai et 12 mai; le dernier pansement est gardé pendant plus de trois mois; quand le malade l'enlève, la cicatrisation est complète.

A l'heure actuelle, si, à gauche, la guérison s'est complètement maintenue, le malade se plaint à la jambe droite de démangeaisons très pénibles, expliquées par l'existence d'une large plaque d'eczéma au milieu de laquelle on voit une peau fine, luisante, avec une petite érosion due vraisemblablement à un coup d'ongle. Nous conseillons l'application d'une nouvelle botte qui aura surtout pour but de calmer le prurit et de mettre la cicatrice à l'abri des mains du malade.

OBSERVATION VI

Mlle M..., 23 ans, domestique.

Varices à l'âge de 17 ans, survenues spontanément.
Pas de maladies antérieures.

A 18 ans, à la suite d'un traumatisme, apparition d'une toute petite ulcération à la partie inférieure et interne de la jambe droite. Traité par les pansements humides et le repos relatif, l'ulcère diminue d'abord, mais s'étend à nouveau dès que la malade se remet à travailler.

En avril 1924, lorsque la malade vient consulter, elle présente sur la malléole interne droite une petite ulcération ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes et entourée d'un large placard pigmenté eczémateux. Quatre bottes sont appliquées les 19 avril, 3 mai, 17 mai et 7 juin en amenant une cicatrisation complète.

Cette guérison se maintient. Il n'y a plus qu'une petite cicatrice souple, sans aucune tendance à l'ulcération. Le résultat fonctionnel est parfait. La malade ne souffre plus, bien qu'elle reste debout toute la journée.

Cependant, étant donné la présence de volumineuses varices bilatérales et le jeune âge de la malade, nous lui conseillons la cure radicale des varices, chirurgicale ou par injections sclerosantes.

OBSERVATION VII

Mme T..., 77 ans, ménagère.

Varices depuis la dernière grossesse, il y a quarante ans.

Au mois d'avril 1924, la malade vient consulter pour une petite ulcération siégeant au niveau de la malléole péronière droite, superficielle, ayant les dimensions d'une pièce de un franc, entraînant une impotence considérable et la faisant souffrir continuellement. Un premier pansement à la colle de zinc est appliqué le 25 avril. Le soulagement est immédiat; dès le lendemain la malade ne souffre plus et peut marcher sans être gênée. Le pansement est refait les 6 mai, 19 mai, 31 mai, 12 juin et 23 juin. A cette date, la cicatrisation étant complètement terminée, on cesse le traitement.

En décembre dernier, une petite ulcération de la dimension d'un pois apparaît sur le sommet de la malléole tibiale; elle est recouverte d'une petite croûte et très douloureuse à la pression, mais gêne peu la marche. La cicatrice de l'ancien ulcère est solide et résistante.

OBSERVATION VIII

Mme C..., 47 ans, surveillante.

En 1919, à la suite d'une fièvre typhoïde, phlébite de la jambe gauche ayant laissé après elle des trou-

bles nerveux et circulatoires : fatigue après une marche un peu prolongée, démangeaisons atroces tout le long de la jambe, œdème vespéral.

En mars 1924, apparition sur la jambe gauche d'une large zone de pigmentation et d'eczéma au centre de laquelle on voit peu à peu se creuser une petite ulcération, qui atteint progressivement les dimensions d'une pièce de un franc, siégeant sur le tiers supérieur de la face externe de la jambe, au niveau de la tête du péroné et s'accompagnant de douleurs très pénibles qui empêchent le sommeil. Le premier pansement à la colle de zinc, appliqué le 6 juin, n'apporte que peu de soulagement. Les douleurs diminuent avec le deuxième pansement, appliqué le 20 juin, en même temps que commence la cicatrisation qui se continue avec les autres pansements appliqués respectivement les 30 juin, 10 juillet, 21 juillet, 31 juillet, 11 août, 25 août et 15 septembre. A cette date, la cicatrisation est complète.

La guérison s'est maintenue depuis. Mme C., dirige sans fatigue un service hospitalier chargé et seules quelques petites taches brunes marquent l'emplacement de son ancien ulcère.

OBSERVATION IX

Mme B., 49 ans, repasseuse.

Volumineuses varices depuis plusieurs années.

La malade se présente à la consultation le 13 juin 1924 avec un volumineux ulcère de la jambe gauche

apparu il y a quatre ans, dont elle souffre beaucoup et qui l'empêche de travailler. Traité avec négligence, cet ulcère s'est creusé de plus en plus et atteint actuellement les dimensions d'une pièce de cinq francs. Il est profond et entouré d'un large placard d'eczéma.

Pansement humide le 13 juin. Le lendemain, 14 juin, premier pansement à la colle de zinc. Le soulagement est immédiat et la malade peut reprendre son travail. Le 29 juin, la cicatrisation est très avancée. On refait le pansement, et on ne revoit plus la malade qui, au bout de trois semaines, enlève elle-même sa botte et constate que la cicatrisation est complètement terminée.

Actuellement, Mme B... ne souffre pas de sa jambe bien qu'elle travaille debout toute la journée. La cicatrice est solide, sans la moindre tendance à l'ulcération, mais entourée d'une large plaque d'eczéma.

OBSERVATION X

Mme M..., 53 ans, cuisinière.

A 25 ans, phlébite de la jambe gauche (suites de couches) ayant entraîné l'apparition sur cette jambe de volumineuses varices.

Le 28 mai 1924, rupture d'une varice avec hémorragie abondante. La malade se repose quelques jours, en mettant une pommade conseillée par un pharmacien, puis recommence à travailler. Mais l'ulcération produite par la rupture variqueuse s'étend et atteint, le 10 juillet, quand elle vient consulter, environ six centimètres de longueur sur quatre centimètres de lar-

geur. Dès le premier jour, application d'une botte élastique qui procure un soulagement immédiat et permet à la malade de reprendre son travail. La botte est renouvelée les 10 juillet, 21 juillet, 1^e août, 18 août, 7 septembre, 25 septembre et 26 octobre, date où la cicatrisation est complète.

La guérison s'est maintenue depuis, et à l'heure actuelle la malade, hospitalisée à l'Hôtel-Dieu pour troubles cardiaques, ne présente au niveau de son ancien ulcère qu'une peau légèrement épaissie, adhérente à la profondeur et entourée d'une large zone de pigmentation.

OBSERVATION XI

Mme V..., 47 ans, cuisinière.

Varices depuis plus de vingt ans.

La malade vient consulter le 11 août 1924 pour un ulcère assez profond, très douloureux, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, siégeant à la partie inférieure et interne de la jambe gauche, entouré d'une large zone pigmentée et œdématiée. Des pansements humides sont appliqués pendant quelques jours, et la première botte élastique n'est faite que le 21 août. Elle amène un soulagement immédiat. On la renouvelle les 25 août, 3 septembre et 15 septembre. On constate lors du dernier pansement que la plaie est complètement cicatrisée.

Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue, d'après ce que nous a écrit la malade.

OBSERVATION XII

Mme C..., 71 ans, sans profession.

Varices depuis environ trente ans.

Il y a quinze ans, ulcère variqueux de la jambe gauche guéri en trois semaines par des pansements à l'emplâtre rouge. Guérison complète avec une bonne cicatrice.

En juillet 1924, à la suite d'un coup, une ulcération apparaît à la partie inférieure et interne de la jambe gauche, puis augmente peu à peu de dimensions pour atteindre celles d'une pièce de cinq francs quand la malade vient consulter le 10 septembre. Après des pansements humides à la solution de Dakin pendant trois jours, on applique des bottes élastiques les 13 septembre, 23 septembre, 6 octobre, 28 octobre, 18 novembre et 16 décembre. La plaie, qui a commencé à se cicatriser dès les premiers pansements, l'est complètement lors du dernier.

Depuis cette époque, la malade s'occupe de son ménage sans trop de fatigue. A l'emplacement de l'ancienne ulcération, on ne voit qu'une large plaque d'eczéma.

OBSERVATION XIII

Mme D..., 53 ans, concierge.

A 11 ans, fracture bi-malliolaire de la jambe droite.

A 17 ans, phlébite de cette même jambe (suites de couches) suivie de troubles fonctionnels très accusés : œdème malléolaire, fatigue après la station debout et la marche et de grosses varices externes.

En 1917, à la suite d'un traumatisme, une ulcération apparaît à la partie externe de la cheville droite. Elle s'agrandit peu à peu et finit par obliger la malade à un repos relatif. Traitée par des pansements à l'oxyde de zinc, cette ulcération passe par des alternatives de diminution et d'augmentation et finit par se cicatriser après un an de traitement.

Mais en août 1924, à la suite d'un nouveau traumatisme, l'ulcère récidive à la même place. Bientôt survient à la face interne de la jambe droite une autre ulcération plus profonde et plus étendue que la première, ainsi que trois petites ulcérations sur la jambe gauche. La malade vient consulter à l'Hôtel-Dieu le 24 septembre, et une première botte élastique est appliquée le 25 septembre. Dès le premier pansement la malade cesse de souffrir et peut commencer à marcher. La cicatrisation est complète après cet unique pansement pour la jambe gauche; elle demande quatre pansements (25 septembre, 6 octobre, 25 octobre,, 17 novembre) pour la jambe droite.

Au mois de février 1925, après un autre traumatisme, la malade présente une petite ulcération sur son ancienne cicatrice, ulcération qui, traitée par des pansements à l'éther, diminue rapidement.

Actuellement, la malade présente deux larges cicatrices étendues sur les faces externe et interne de la

jambe droite, dont toute la partie inférieure est entourée d'un large collier de pigmentation; sur la cicatrice externe, on voit une petite ulcération recouverte d'une croûte. Sur la jambe gauche existent deux larges plaques pigmentées.

OBSERVATION XIV

M. R..., garçon de café.

Varices depuis trente ans.

En avril 1914, petit ulcère à la jambe droite, traité d'abord par les pansements humides, puis par une pommade à base d'oxyde de zinc, pendant trois mois, sans que le malade s'arrête de travailler. Guérison qui se maintient pendant trois ans.

Récidive de l'ulcère en 1919. Pendant près de quatre ans, le malade vient aux pansements tous les deux ou trois jours, mais malgré la diversité des antiseptiques (Dakin, alcool, eau oxygénée) et des pommades employées, on n'obtient aucun résultat durable.

En mars 1923, on applique un premier pansement à la colle de zinc. A cette date l'ulcère, situé au niveau du tiers inférieur de la face antérieure de la jambe, mesure huit centimètres de hauteur et quatre centimètres de largeur environ; il existe également une petite ulcération sur chaque cheville et une infiltration œdémateuse de toute la portion inférieure de la jambe. L'amélioration, surtout au point de vue fonc-

tionnel, est remarquable dès le premier pansement. Le pansement est refait, tous les quinze jours environ, aux dates suivantes : 20 mars 1923, 5 avril, 19 avril, 6 mai, 3 juin, 21 juin, 7 juillet, 25 juillet, 12 août, 31 août, 20 septembre, 8 octobre, 26 octobre, 17 novembre, 3 décembre, 22 décembre, 15 janvier 1924, 29 janvier, 19 février et 11 mars. Le 24 mars, on enlève la dernière botte. La cicatrisation est complète et on cesse tout traitement. On a ainsi appliqué 21 pansements en un an.

Comme la jambe gauche présentait quelques zones pigmentées à surface douteuse pouvant faire craindre l'apparition d'une ulcération, on a également appliqué sur cette jambe deux pansements à la colle de zinc, les 20 mars et 5 avril 1923.

Actuellement, la jambe droite présente une large plaque pigmentée et squameuse qui recouvre les deux tiers inférieurs; il n'existe en aucun point de sensibilité particulière ni de zone faisant craindre l'apparition d'une nouvelle ulcération. Léger œdème vespéral lorsque le malade, qui fait parfois des « extras » dans les restaurants, est resté debout toute la journée. La jambe gauche ne présente que de petites zones pigmentées peu étendues.

CONCLUSIONS

1) La méthode ambulatoire doit toujours être préférée, dans le traitement des ulcères variqueux, à la méthode classique par le repos, la compression et les topiques locaux, parce que, tout en amenant une cicatrisation plus rapide, elle permet au sujet de continuer à travailler et de gagner sa vie. Elle évite ainsi l'encombrement des services hospitaliers par des sujets qui, à part leur infirmité chronique, sont le plus souvent bien portants.

2) Le procédé que nous préconisons consiste en l'application d'une « botte élastique », fabriquée au moyen de pièces de gaze et de bandes de tarlatane imprégnées du mélange suivant :

Gélatine	aa 20 gr.
Oxyde de zinc	

Glycérine	aa 80 gr.
Eau distillée	

et allant de la racine des orteils jusqu'au dessous du genou. Ce pansement est renouvelé au bout d'un temps, variable selon l'abondance de la suppura-

tion, qui peut aller de quatre jours à trois semaines et même plus.

3) La cicatrice obtenue au moyen de la méthode ambulatoire est souple, épaisse, élastique, tandis que la cicatrice que l'on obtenait autrefois était friable, adhérente et s'exulcérail au moindre traumatisme. Ces qualités de la cicatrice expliquent la persistance des résultats obtenus et la rareté des récidives.

4) Les résultats heureux obtenus par l'emploi de cette méthode sont dûs à l'élasticité du pansement qui produit une compression parfaite, et surtout à l'action de la marche qui, adjuvant indispensable de la botte élastique, agit comme une sorte de massage. Le rôle des produits qui entrent dans la composition de la colle de zinc est tout à fait accessoire.

Vu et bon à imprimer :

GILBERT.

*Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :*

APPEL.

Vu le Doyen :

ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

ALGLAVE. — Résultats immédiats et éloignés de la résection totale des varices essentielles superficielles des membres inférieurs. (*Presse Médicale*, 1912, p. 453.)

Année Médicale pratique, 1923 et 1924.

AUBOUIN. — Traitement des ulcères variqueux par le traitement de Unna. Thèse de Paris, 1896-1897.

AUDIBERT et FOUQUET. — *Presse Médicale*, 1919.

BAZELIS. — Traitement des varices. Thèse de Paris, 1924.

BENECH. — Traitement de l'ulcère de jambe. Thèse de Montpellier, 1908.

BOYER. — Mémoire à l'Institut, 1840.

BROCQ. — Traité de dermatologie pratique.

CAYLOR. — Notes on the treatment of leg ulcus. (*China M. J. Shangäi*, 1912. XXVI, pp. 335-337.)

CHARRON. — Du traitement des ulcères des membres inférieurs par le bandage à la colle de zinc. (*Journal de Médecine de Bordeaux*. Mai 1917.)

DARIER. — Précis de dermatologie.

DELBET. — Ulcère de jambe. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris 1920. XXXIV, pp. 625-628.)

DELBET et MOCQUOT. — Varices du membre inférieur.

DESPRÉS. — Chirurgie journalière.

DUPLAY. — Ulcères variqueux. (*Progrès Médical*, 1900. p. 401.)

FERRAND. — Dermatologie. (*In Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent*, tome XXI.)

FRESNEL. — De la compression élastique par le procédé du Docteur Bruandet dans le traitement ambulatoire des ulcères variqueux. Thèse de Paris, 1911.

GUILLERMET. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux par la méthode ambulatoire. Thèse de Paris, 1921.

GUIFARD. — Traitement des ulcères variqueux par la méthode ambulatoire. (*Bulletin des sociétés scientifiques et médicales de l'Ouest*, 1911.)

Journal Médical français. Année 1921, n° 9.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.

LE ROUZIC. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. Thèse de Toulouse, 1914.

MAUCLAIRE. — Rapport au XXIII^e Congrès français de Chirurgie. (7 octobre 1910.)

MAURY. — Sur une nouveau pansement ambulatoire dans le traitement des ulcères variqueux. Thèse de Paris, 1904.

MINET, AUSSET, DUTHOIT. — Traitement des varices par injections intra-veineuses de carbonate de soude. (*Gazette des Praticiens*, 1^{er} juillet 1921.)

OCKINCZYC. — A propos du traitement des ulcères variqueux. (Communication à la Société de Chirurgie, 21 mars 1923.)

PASCHOUD. — Rapport au XXX^e Congrès français de Chirurgie. (3-5 octobre 1921.)

PROUST, LHERMITTE et DE NABIAS. — Sur le rôle de la section des filets sympathiques dans le traitement des ulcères variqueux par le procédé de l'incision circulaire. (Communication à la Société de Chirurgie, 8 juin 1921.)

THIBIERGE et LEGRAIN. — Précis de thérapeutique des maladies de la peau.

THOMAS. — Treatment of ulcer of the leg by a past of gelatin, glycerine and zinc oxyde. (*University of Pennsylvania Medical Bulletin*. October 1910.)

UNNA. — Thérapeutique générale des maladies de la peau. (Traduction de Doyen et Spillmann, 1908.)

VARTANIAN. — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux par la méthode de Unna. Thèse de Paris, 1909.

WICKHAM. — *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Paris, 1907, XVIII, pp. 302-304.

WILLIAMS. — Treatment of chronic ulcer of leg. (*British M. J. London* 1913, t. II, pp. 1013-1016.)



135